

ソレイユ眼科・矯正歯科 予約リクエスト FAX 送信票

FAX 番号 082-561-0124

お名前 _____

生年月日 年 月 日 年齢 歳

当院受診歴 あり ID 番号（不明の場合は記入不要）ID _____
なし

予約希望日時（3日後以降） _____ 月 日（ _____ 曜日）

_____ 時 00 分 もしくは _____ 時 30 分

注 当日予約は、受付しておりません。翌日、翌々日のご予約をご希望の場合は、診療時間内にお電話にて承ります。

眼科予約可能日時 午前 9：30~12：00（コンタクト処方 は 11：30 まで）

午後 15：30~18：00（コンタクト処方 は 17：30 まで）

HP の予約カレンダーで、予約可能時間をご確認の上、リクエストしてください。

- 受診内容 眼科一般（コンタクト処方なし）
 コンタクト処方 午前は 11：30 まで、午後は 17：30 まで
 LASIK 初診（適応検査）予約カレンダーで可能日時を確認下さい
 オルソケラトロジー初診 予約カレンダーで可能日時を確認下さい
 矯正歯科初診
 矯正歯科再診
 矯正歯科その他（クリーニング、ホワイトニング、その他）
 その他相談（書式は問いませんので、相談内容を一緒に FAX 下さい）

注 LASIK 術後、オルソケラトロジー再診の方は、眼科一般（コンタクト処方なし）を選択してください。

眼科一般診療の方も、同日コンタクト処方箋が必要な場合は「コンタクト処方」を選択してください

電話番号 _____

予約可否につきご連絡させていただきますので、日中の連絡先を必ずご記入ください

その他相談の方は、お返事を FAX させていただきますので、FAX 番号をご記入ください

住所 〒 _____ 県 _____

**FAX 確認後、3 診療日以内にお電話にて、予約可否のご連絡を
させていただいた後、予約確定となりますので、ご注意ください**

3 日経過しても、連絡がないときは、お手数をおかけしますが、診療時間内に当院までお電話（082-561-0123）
ください。連休中は、ご連絡できませんので、連休明けにご連絡させていただきます。